

Faculté de Médecine de Paris

ANNÉE 1899

THÈSE

N°

638

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Samedi 22 Juillet 1899, à 9 heures

PAR

M. MONTCHILOFF

Né à Eléna (Bulgarie) le 24 décembre 1873

HERNIE MUSCULAIRE VRAIE

ET

PSEUDO-HERNIE MUSCULAIRE

Président : M. RECLUS, professeur.

Jugés : MM. TILLAUX, professeur.

LEGUEU et FAURE, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

JOUBE & BOYER

Imprimeurs de la Faculté de Médecine
15, RUE RACINE, 15

1899

Faculté de Médecine de Paris

ANNÉE 1899

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Samedi 22 Juillet 1899, à 9 heures

638

PAR

M. MOMTCHILOFF

Né à Eléna (Bulgarie) le 24 décembre 1873

HERNIE MUSCULAIRE VRAIE

ET

PSEUDO-HERNIE MUSCULAIRE

Président : M. RECLUS, professeur.

Juges : MM. TILLAUX, professeur.

LEGUEU et FAURE, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'enseignement médical.*

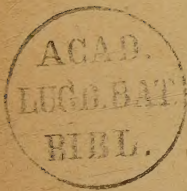
PARIS

JOUVE & BOYER

Imprimeurs de la Faculté de Médecine

15, RUE RACINE, 15

1899



UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. BROUARDEL.

	PROFESSEURS :	MM.
Anatomie		FARABEUF
Physiologie		CH. RICHET
Physique médicale		GARIEL
Chimie organique et chimie minérale		GAUTIER
Histoire naturelle médicale		BLANCHARD
Pathologie et thérapeutiques générales		BOUCHARD
Pathologie médicale		HUTINEL
		DEBOVE
Pathologie chirurgicale		LANNELONGUE
Anatomie pathologique		CORNIL
Histologie		MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils		TERRIER
Pharmacologie et matière médicale		POUCHET
Thérapeutique		LANDOUZY
Hygiène		PROUST
Médecine légale		BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie ..		N...
Pathologie expérimentale et comparée		CHANTEMESSE
		POTAIN
Clinique médicale		JACCOUD
		HAYEM
		DIEULAFOY
		GRANCHER
Maladies de enfants		
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		JOFFROY
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques ..		FOURNIER
Clinique des maladies du système nerveux ..		RAYMOND
		BERGER
Clinique chirurgicale		DUPLAY
		LEDENTU
		TILLAUX
Clinique ophtalmologique		PANAS
Clinique des maladies des voies urinaires ..		GUYON
Clinique d'accouchement		BUDIN
		PINARD

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	DESGREZ	LEJARS	THIERY
ALBARRAND	DUPRÉ	LÉPAGE	THIROLOY
ANDRÉ	FAURE	MARFAN	THOINOT
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VAQUEZ
BROCA Auguste	GILLES DE LA	MÉNÉTRIÉR	VARNIER
BROCA André	TOURETTE	MERY	WALLICH
CHARRIN	HARTMANN	ROGER	WALTER
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILLEAU	WIDAL
DELBET	LAUNOIS	TEISSIER	WURTZ
	LEGUEU		

Chef des Travaux anatomiques..... M. RIEFFEL

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation,

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON AMI, LE D^r STOICO MILANOFF

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE .

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX

Chirurgien de l'Hôpital de la Charité
Membre de l'Académie de médecine
Commandeur de la Légion d'honneur

AVANT-PROPOS

Nous avons observé récemment, dans le service de M. le D^r Schawrtz à l'hôpital Cochin, un cas de hernie musculaire, qui nous a paru spécialement intéressant.

A l'occasion de cette observation, nous avons recherché et lu tout ce que contient sur cette question d'ailleurs peu étudiée, la littérature médicale. Nous avons cru qu'il restait encore quelques points obscurs dans la pathogénie de cette affection et que l'observation de notre malade pouvait contribuer à les éclaircir.

La question des hernies musculaires, bien qu'elle ait été étudiée expérimentalement et cliniquement par quelques auteurs, est certainement imparfaitement connue et peu vulgarisée. Nous avons voulu, en ce modeste travail, faire une revue générale de ce chapitre de pathologie externe, dont la physiologie pathologique et la pathogénie ont été fixées magistralement par les travaux récents de Farabeuf et les expériences de Guinard.

Avant d'aborder le sujet de notre thèse, nous voudrions jeter un regard en arrière sur nos années d'étude qui vont finir. Car s'il est vrai que la thèse marque le début d'une existence nouvelle, elle est en même temps le terme d'une vie studieuse, dont on ne s'éloigne pas sans regrets. Nous sommes heureux de trouver ici l'occasion d'exprimer notre gratitude aux maîtres éminents, dont l'enseignement fut la base de notre instruction médicale.

Les années d'étude que nous avons passées dans leurs services comptent parmi nos meilleurs souvenirs et la seule peine qu'elles nous aient causée est celle que nous éprouvons en les quittant.

Tout d'abord nous tenons à exprimer notre vive reconnaissance à Monsieur le docteur Schwartz, professeur agrégé, qui nous a fourni la partie la plus intéressante de ce travail, les observations ; nous l'en remercions sincèrement.

Vis-à-vis de nos maîtres, MM. Polaillon et Gaucher, nous avons l'obligation bien douce de leur témoigner notre respectueux attachement.

Monsieur le docteur Comby, nous a initié aux connaissances qui nous sont les plus précieuses, dans son enseignement de la clinique infantile, le souvenir de ses conseils aux lits des enfants, nous reviendra chaque jour, dans la pratique médicale.

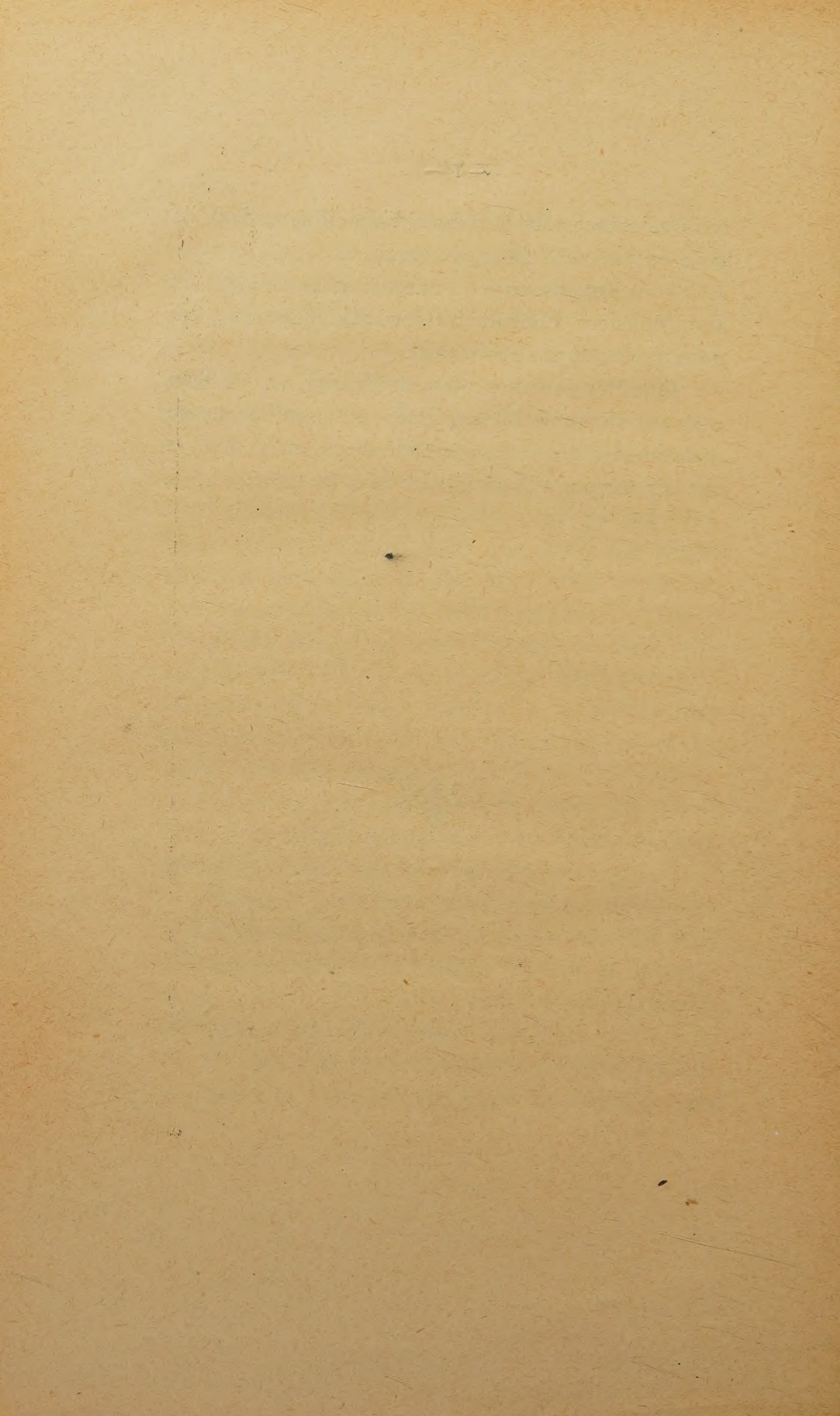
Que Messieurs les professeurs Dieulafoy et Pinard, veuillent bien accepter l'hommage de notre grande

reconnaissance pour la façon si bienveillante dont ils nous ont accueilli dans leur service.

Nous n'avons garde d'oublier notre collègue et ami Monsieur Loubet, interne des hôpitaux, qui nous a secondé dans ce travail.

Que Monsieur le professeur Tillaux, veuille bien nous permettre de lui exprimer nos sentiments de respectueuse gratitude pour l'honneur qu'il nous a fait, en acceptant la présidence de cette thèse.





Historique

Une variété de déplacement plus ou moins considérable d'un ou plusieurs muscles hors de l'aponévrose d'enveloppe, telle est la première définition que nous trouvons des hernies musculaires donnée par Fabre, in Dictionnaire des Dictionnaires de médecine, article muscles.

Cette définition est acceptée par Mourlon, Recueil de mémoires de médecine et de chirurgie militaire.

En 1803, dans son Anatomie Médicale, Portal, cite plusieurs observations de déplacement de muscles, et attribue les désordres à de violentes contractions. Les muscles du dos et du cou, dit-il, y sont surtout sujets.

Dans la « Gazette hebdomadaire » du 4 juillet 1829, nous trouvons un fait tiré d'une clinique de Dupuytren, relatif à une hernie musculaire de la partie postéro-interne de la jambe, survenue insidieusement chez un cavalier.

Rouillois (Thèse de Paris, 1829) relate une observation de hernie du 1^{er} adducteur.

Warren (in *Traité des tumeurs*, 1827), cite un cas qui semble être une hernie musculaire du droit antérieur de la cuisse.

Dans la thèse de Chanet (Paris 1847), deux nouveaux cas sont rapportés, l'un est relatif à une hernie du premier adducteur survenue brusquement dans un effort pour porter un fardeau sur le ventre et fut considérée comme une hernie intestinale.

L'autre est un cas de hernie du même muscle pris par Velpeau pour un kyste.

Richet (in *Traité d'anatomie chirurgicale*, 1855), parle d'une tuméfaction allongée située à la partie antérieure de la jambe apparue subitement la veille pendant un effort brusque.

Verneuil (*Bulletin de la Société de chirurgie*, 15 juillet 1857) rapporte un exemple de pseudo hernie du biceps.

Jobert de Lamballe, Vidal de Cassis, les auteurs du *compendium de chirurgie pratique* acceptent la hernie musculaire que Nélaton passe sous silence.

Sédillot a fourni une ancienne observation de hernie musculaire du membre supérieur.

Mourlon, le premier (*Recueil de Mémoires de médecine et de chirurgie militaire*) donne la première monographie de hernie musculaire et cite trois observations.

Dauvé rapporte, à la Société de chirurgie, 16 février 1870, deux cas analogues à ceux de Mourlon.

La thèse de Pratt 1879 contient deux observations de hernie du muscle jambier antérieur.

Larger (Bulletins de la Société de chirurgie du 30 mars 1881) rapporte une observation de hernie du muscle jambier antérieur.

Jusque là, les hernies musculaires n'étaient pas encore définies, et dans toutes les observations signalées sous ce titre, il semble qu'on ait confondu dans un même groupe les ruptures musculaires et la hernie musculaire vraie. C'est à propos de l'observation de Larger que M. Farabeuf à la Société de chirurgie du 15 juin 1881, sépare nettement en donnant à chacune des caractères propres, les pseudo-hernies musculaires ou ruptures musculaires et les hernies musculaires vraies.

Les expériences de Guinard sont venues confirmer (Gazette hebdomadaire 1888) la théorie de Farabeuf.

Citons les travaux complets sur cette question de Baudin (Recueil de mémoires de médecine militaire, 1881), Nimier (Archives générales de médecine, 1882), les observations de Gazin (Archives de médecine militaire, 1892), de Hartmann (Revue de chirurgie, juin 1893), de Choux (Revue de chirurgie, juin 1893), de Michaux (Bulletin de la Société de chirurgie, 27 décembre 1893 et 3 janvier 1894) et de Legueu (Congrès de Paris, 1895), la thèse de Maurange, 1894.

Les travaux les plus récents ont visé surtout le traitement chirurgical des hernies musculaires.

Définition

Avec Farabeuf et Guinard, les hernies musculaires vraies doivent être définies des tumeurs formées par une portion de muscle sain et ayant conservé ses insertions faisant saillie à travers son aponévrose rompue et éraillée.

Les observations de hernie musculaire ainsi comprises sont rares et nous rapportons parallèlement à elles, pour en faire mieux ressortir les caractères, des faits de pseudo-hernies, qui sont de beaucoup les plus nombreux.



Etiologie

A nous en tenir au sens strict de la définition, les hernies musculaires vraies sont extrêmement rares. Néanmoins Chenu a relevé 35 cas, sur lesquels il n'en retient que 23 comme hernies vraies. De ce nombre il faut encore éliminer quelques observations, et Mourangè, dans sa thèse de 1894, n'admet plus que 12 cas de hernies bien nettes.

Michaux n'en regarde que 4 comme absolument indiscutables.

Les muscles le plus souvent atteints sont :

Le premier adducteur.

Le jambier antérieur.

Ces deux muscles sont de beaucoup le plus fréquemment atteints. Viennent ensuite et avec une égale fréquence :

Le biceps brachial ;

Le moyen adducteur ;

Le droit antérieur de la cuisse ;

Le couturier ;

Les muscles postérieur de la jambe ;

Les muscles de l'avant-bras ;

Les muscles de l'abdomen.

La hernie musculaire s'observe surtout et presque exclusivement chez l'homme, celui-ci étant plus exposé que la femme aux traumatismes et au fonctionnement exagéré de tout le système musculaire.

C'est surtout à l'âge adulte qu'on s'observe cette affection.

La profession semble jouer un rôle considérable.

Les médecins militaires ont fourni le plus grand contingent d'observations. En effet, ce sont surtout les cavaliers qui sont sujets à cette affection, et plus particulièrement au début de leurs exercices, quand ils ne sont pas encore assouplis à l'équitation.

Pourrait-on encore invoquer comme cause prédisposante à cette affection des tares constitutionnelles, une sorte de relâchement et de faiblesse des tissus, et en particulier du tissu fibreux, comme cela se passe du côté de la paroi abdominale de certains individus, aptes à faire des éventrations et des hernies de faiblesse ? — Il se peut que ces conditions étiologiques jouent dans certains cas un rôle réel ; mais en tout cas ce rôle est restreint. Dans toutes les observations, nous avons affaire à des individus vigoureux, bien musclés. Ce qui semble indéniable dans certains cas c'est une sorte d'usure et de faiblesse locales des aponévroses, due à une contraction habituelle de certains groupes musculaires comme chez les cavaliers,

où à un traumatisme professionnel, comme dans le cas de la troisième observation de M. Schwartz, où le malade, exerçant la profession de lithographe subissait un frottement continu au niveau de la partie supéro-externe de la cuisse, siège de la hernie.

Au point de vue étiologique, il y a lieu de distinguer deux variétés de hernies musculaires : la hernie traumatique et la hernie spontanée.

La hernie traumatique elle-même peut se produire à la suite d'une opération chirurgicale, ou à la suite d'un traumatisme accidentel. Néanmoins les faits du premier genre sont plus rares qu'on ne pourrait le supposer. Il en existe toutefois des observations bien nettes. Deforme en rapporte au moins deux cas qui sont classiques.

Le premier est une hernie du jambier antérieur du volume d'une petite noix, succédant étiologiquement à une ligature de la tibiaie antérieure. Il s'agissait bien d'une hernie vraie, la tumeur saillante dans le repos des muscles, disparaissait pendant sa contraction. Le deuxième cas est une hernie musculaire de la région antibrachiale antérieure, consécutive à une plaie par arme à feu datant de 20 ans auparavant. Cette plaie avait formé séton et l'on sentait sous la cicatrice saillir une masse globuleuse, grosse comme un œuf de poule, disparaissant pendant le repos du muscle et laissant alors l'index s'engager dans un orifice aponévrotique. Chez ce même sujet,

on constatait une hernie fausse, par rupture du biceps brachial. Un troisième cas de hernie musculaire traumatique est rapporté dans un travail de Giess. Un coup de pied détermine dans ce cas une hernie vraie du muscle jambier antérieur. L'observation de Tédénat que nous donnons *in extenso* à la fin de ce travail, relative à un bateleur qui faisait rebondir et retomber sur son bras des poids considérables, est encore un exemple de hernie musculaire traumatique.

Dans cette classe de hernies musculaires traumatiques, nous pouvons ranger avec Legueu l'observation que rapporte cet auteur au Congrès de chirurgie de 1895. Dans ce cas une hernie musculaire vraie du biceps brachial se produisit 25 ans après une morsure de cheval qui avait déterminé une rupture et un noyau cicatriciel consécutif du tendon de ce même muscle.

Quant aux hernies spontanées, il ne faudrait pas croire qu'on les rencontre dans des conditions extrêmement différentes des précédentes. Un fait frappant est qu'on les voit le plus souvent et très particulièrement chez les cavaliers, bateleurs, rameurs, portefaix, etc.

Ici encore le traumatisme joue un rôle, mais c'est un traumatisme répété, professionnel, qui le plus souvent n'entraîne pas la rupture de l'aponévrose, mais sa distension dans le sens de ses fibres longitudinales. On les voit apparaître graduellement : leur

formation s'accomplit en plusieurs mois. Tel est du moins le cas le plus fréquent, car elles peuvent aussi se montrer brusquement. En un mot, on trouve dans cette catégorie, toute une gradation de cas depuis le début franchement progressif, jusqu'à la hernie qui éclate brusquement comme « un coup de pistolet » (Mourlon).

Par conséquent, ces données étiologiques sont absolument insuffisantes pour créer une distinction et permettre le diagnostic entre les hernies musculaires vraies et les pseudo hernies.

Nous ne pouvons terminer ce petit chapitre étiologique que les limites de ce travail nous forcent à abréger, sans signaler les hernies que nous appellerons pathologiques, survenant à la suite de certaines suppurations profondes, au cours desquelles l'aponévrose fut éliminée : telles que phlegmons diffus, plaies gangréneuses, etc., ou encore au cours de certains ulcères des jambes et en particulier des ulcères syphilitiques (Verneuil).



**Physiologie pathologique. — Mécanisme. —
Pathogénie**

On conçoit aisément le mécanisme de la hernie traumatique proprement dite. L'aponévrose manquant en un point, détruite qu'elle est par l'action directe de l'agent vulnérant, le muscle fait saillie au niveau de la solution de continuité.

Dans les hernies qui apparaissent spontanément, il faut plutôt incriminer l'effet des contractions musculaires répétées et la fatigue de l'aponévrose qui amène comme dit Dupuytren, son usure lente.

Jusqu'en 1881, époque à laquelle Farabeuf, fit paraître le résultat de ses investigations anatomiques et physiologiques, sur la question des hernies musculaires, à propos d'une observation d'une tumeur musculaire de la cuisse, publiée par M. Larger, les idées admises à ce sujet étaient complètement erronées. Les théories de Mourlon, qui considérait la hernie musculaire comme une tumeur plus ou moins volumineuse, durcissant et augmentant de volume dans la contraction du muscle, étaient en effet adop-

tées par tous les chirurgiens militaires qui, on le sait, sont les principaux observateurs de cette affection, Farabeuf, montra au contraire que la hernie musculaire doit diminuer de volume sinon disparaître dans la contraction du muscle intéressé. Celle-ci a pour but en effet de rapprocher les fibres musculaires de l'axe vertical du muscle et par conséquent de les éloigner de la solution de continuité de l'aponévrose d'enveloppe. Voici sur quelles données, Farabeuf s'appuie pour arriver à la conception que nous venons de formuler :

« Les muscles isolés ou rassemblés en groupes,
« sont tous engainés dans des aponévroses à peu
« près inextensibles, de consistance variable, suivant
« les individus et les régions. Généralement les mus-
« cles sont assez loin de remplir leurs manchons apo-
« névrotiques. Aussi, lorsque par le raccourcissement
« dû à sa contraction, le muscle grossit, n'exerce-t-il
« qu'une pression faible ou nulle de l'intérieur vers
« l'extérieur. S'il en était autrement, la compression
« des aponévroses, entraverait le raccourcissement des
« muscles et diminuerait l'étendue des mouvements.
« Farabeuf suppose deux groupes musculaires, anta-
« gonistes d'un membre, fléchisseurs et extenseurs,
« renfermés dans une même gaine aponévrotique. Si
« les fléchisseurs se contractent, en provoquant un
« mouvement de flexion, on les voit, en se raccourcis-
« sant, grossir et dilater leur loge aponévrotique, et

« cette dilatation se fait aux dépens de la loge des
« muscles extenseurs, qui eux s'allongent et s'amincis-
« sissent, au fur et à mesure que la flexion se produit.
« Par une sorte de jeu de complaisance, entre les
« loges des groupes musculaires antagonistes, quand
« un muscle se raccourcit et grossit, il tire à lui la
« couverture. »

Farabeuf n'admet pas qu'un mouvement quelconque, sans rupture musculaire, puisse amener la dilatation aponévrotique assez brusque pour rompre l'enveloppe fibreuse. Mais si nous supposons une rupture aponévrotique, deux cas peuvent se présenter :

Ou bien le muscle est au repos, et dans ces conditions aucune hernie n'est possible : on ne peut pas concevoir en effet qu'il existe une hernie musculaire saillante au repos, consécutive à une simple rupture ou incision aponévrotique. Ou bien le muscle se contracte. Supposons alors une hernie du moyen adducteur et opposons-nous au rapprochement des jambes en commandant au malade de contracter ses muscles, la hernie devra disparaître.

Farabeuf pense que la plupart des hernies musculaires observées sinon toutes, étaient des hernies, ou plutôt des dilatations aponévrotiques brusques ou lentes d'un muscle préalablement rompu en totalité ou en partie.

L'observation de Larger qui est le point de départ de la théorie de Farabeuf, confirme pleinement la

conception de cet anatomiste, en ce sens que la hernie existe quand le muscle est au repos, et disparaît quand celui-ci se raccourcit ou s'allonge. Il y a cependant une contradiction apparente, en ce sens que Farabeuf n'admet pas la possibilité d'une hernie musculaire de volume notable, sans rupture préalable du muscle. Mais en réalité, il y a dans cette observation rupture partielle du muscle : le faisceau hernié a rompu ses attaches inférieures au tendon du jambier et s'est rétracté vers les parties inférieures du muscle qu'il suit dans tous ses mouvements.

Farabeuf répond à cela qu'il s'agit très probablement dans cette observation de hernie musculaire vraie; car en réalité la rupture ancienne du faisceau musculaire est purement hypothétique, et actuellement il y a continuité absolue.

Cet auteur ajoute : « s'il existe des hernies musculaires vraies, c'est-à-dire, des tumeurs musculaires poussées par la pression intra aponévrotique à faire saillie au dehors, au niveau d'une partie perforée ou simplement amincie et dilatée de l'enveloppe aponévrotique; ces tumeurs doivent disparaître lorsque les muscles intéressés perdent leur flaccidité, soit par la tension active, soit par la tension passive.

A la suite de ces travaux de Farabeuf, établissant la distinction entre les hernies musculaires vraies et les pseudo hernies musculaires, les auteurs semblèrent prendre partie pour la théorie nouvelle, et, dans

l'Encyclopédie Internationale de chirurgie, M. Jean-
nel admet la théorie de Farabeuf comme une « doc-
trine bien assise et passée au crible de la critique ana-
tomique et physiologique. »

Les expériences de Guinard datent de 1888, pra-
tiquées sur des lapins à l'hôpital de la Pitié, tendi-
rent à corroborer la théorie de Farabeuf.

Cet auteur en excisant sur le lapin une petite por-
tion de l'aponévrose au niveau du demi membraneux
voyait se produire une hernie musculaire qui n'exis-
tait que quand on rapprochait les insertions du mus-
cle l'une de l'autre, en dehors de toute contraction.
Elle disparaissait entièrement dans toutes les autres
attitudes du muscle.

En reportant les données de l'expérimentation à
la clinique, Guinard conclut : « qu'en cas de rupture de
l'aponévrose d'enveloppe d'un muscle, la hernie se
produira quand passivement on rapprochera au
maximum les insertions extrêmes de ce muscle. » Il
admet que cette tumeur aura pour signes pathogno-
moniques :

1° De disparaître, quand le muscle est allongé
mécaniquement par une distension passive, suivant
son grand axe.

2° De disparaître quand le muscle se contracte
énergiquement, sans produire d'effet utile sur les le-
viers osseux voisins.

3° De diminuer de volume et de durcir, quand le

muscle se contracte et agit librement pour rapprocher ses insertions l'une de l'autre.

Se basant sur ces expériences, et se rapportant aux observations de hernies musculaires, publiées antérieurement, Guinard pense que presque toutes ces observations se rapportent plutôt à des ruptures musculaires et croit que celle de M. Larger, communiquée à la Société de Chirurgie est une des rares authentiques.

Au sujet de la théorie de Farabœuf, concernant les rapports des groupes musculaires antagonistes et de leurs gâines aponévrotiques, MM. Nimier et Baudin apportent quelques réflexions basées également sur la physiologie musculaire.

Ces auteurs nous font remarquer que le mouvement d'adduction de la cuisse par exemple s'exécute avec le concours de tous les muscles adducteurs : pectiné, moyen, petit et grand adducteur, droit interne, et que ces muscles produisent un effort expansif contre le point faible de l'aponévrose. Si, à ce mouvement d'abduction de la cuisse, s'ajoute un mouvement d'extension de la jambe, on voit entrer en jeu tout un nouveau groupe de muscles puissants : droit antérieur, vaste interne et externe, tenseur du *fascia lata* et ces muscles prêtent leur concours à l'expansion des adducteurs. Ainsi donc, dit Baudin, lorsque dans le manchon aponévrotique de la cuisse, la masse des muscles adducteurs et extenseurs entre d'un seul

coup en contraction, il en résulte une expansion d'ensemble de toute la masse. Cet effort s'exerce sur tous les points de l'aponévrosé et le point faible de celle-ci subit la résultante de la plus grande partie des forces expansives de la contraction de la masse musculaire mise en jeu. Il faut donc admettre la production lente et spontanée de la hernie musculaire.



Anatomie Pathologique

Nous ne ferons què signaler les altérations possibles des téguments, rares d'ailleurs, telles que : ecchymoses, plaies, cicatrices, etc. La troisième observation de M. Schwartz est cependant intéressante sur ce point. En effet, l'usure provoquée par les frottements continuels auxquels la profession du malade soumettait la région herniaire, n'intéressait pas seulement l'aponévrose : la peau elle-même était plus amincie, plus polie, plus lisse à cet endroit que dans les régions voisines. Dans la zone circonscrite où fait saillie la tumeur, on ne rencontrait pas non plus de poils, abondants d'ailleurs, sur tout le reste du membre. Il semble donc, que dans ce cas particulier, le traumatisme professionnel et régulier auquel était soumise la région supéro-externe de la cuisse, ait créé là un *locus minoris resistentiæ* caractérisé par la minceur et l'affaiblissement de tous les plans, depuis la peau jusqu'à l'aponévrose.

C'est l'enveloppe aponévrotique du muscle, qui nous présente dans les hernies musculaires, les lésions

les plus intéressantes, et les plus variées d'ailleurs.

Dans un très grand nombre d'observations, on signale une rupture de cette gaine d'enveloppe, un véritable orifice, à travers lequel s'échappe la portion du muscle herniée. Cet orifice, on le conçoit, peut présenter des dimensions variables. Tantôt réduit à une étroite boutonnière, tantôt large au contraire, son diamètre s'accomode en général au volume de la hernie. Cet orifice aponévrotique est en général arrondi, plus ou moins elliptique, régulier, et limité par des lèvres saillantes et tendues, que l'on arrive parfois à percevoir très nettement, après réduction de la tumeur. Entre le muscle hernié et l'orifice qui lui donne passage, il n'existe pas en général d'adhérences.

Les cas où la constatation d'une rupture aponévrotique est nette, se rapportent le plus souvent aux pseudo hernies, c'est-à-dire celles qui s'accompagnent de ruptures musculaires. Un traumatisme assez violent pour déchirer l'aponévrose, n'a pas en général laissé intact le contenu de la gaine, et la rupture musculaire accompagne la rupture aponévrotique. Il n'en est cependant pas toujours ainsi. Un grand nombre en réalité de pseudo hernies se fait par le refoulement d'une aponévrose simplement amincie. Ce sont surtout les hernies musculaires vraies, celles à début lent et provoquées par un traumatisme répété, qui présentent le plus souvent comme seule altération de l'aponévrose, une usure, une distension par faiblesse,

Dans les observations de Choux, Michaux, Hartmann, Schwartz, Legueu, il n'est pas question de solution de continuité, de déchirure de la gaine : il y a seulement amincissement par élongation des fibres longitudinales.

L'altération du muscle est le point sur lequel se base la distinction anatomo-pathologique entre la hernie musculaire vraie et la pseudo hernie.

La première est, par définition, le passage d'une portion de muscle non déchiré, ayant conservé ses insertions intactes, à travers une aponévrose déchirée ou amincie.

La pseudo hernie est au contraire une rupture musculaire. Tantôt l'épaisseur totale du muscle est divisée. Le plus souvent quelques faisceaux sont seuls intéressés. Quand on pratique la cure radicale de ces sortes de tumeurs, que nous décrirons plus loin, on rencontre souvent sur le muscle une cicatrice, vestige d'une rupture ancienne, ou d'un hématome. Quelquefois ce n'est pas sur la portion herniée elle-même que siège l'altération du muscle. Dans le cas de Legueu, le traumatisme datant de 25 ans, avait siégé sur le tendon du biceps : la cicatrice, représentée par un nodule fibreux qui en résultait, se trouvait séparée par une assez grande distance de la portion charnue formant hernie.

Quelques auteurs, à propos de la pathogénie des hernies musculaires, ont admis l'hypothèse d'une

altération primitive du muscle, comme cause prédisposante. L'anatomie pathologique n'a pas permis d'élucider ce point et nous ne connaissons rien de ces lésions.



Symptômes

Dans ce chapitre nous décrirons, non seulement la symptomatologie propre aux hernies musculaires vraies, mais encore celle des pseudo hernies. En opposant l'une à l'autre ces deux affections, dans un exposé clinique parallèle, nous verrons se vérifier ce que la physiologie et l'expérimentation nous ont déjà démontré, à savoir que, présentant un grand nombre de points communs les ayant fait longtemps confondre, les hernies musculaires vraies et les pseudo hernies, se différencient nettement par un groupe de caractères physiques entrevus déjà, mais sur lesquels il importe d'insister.

Début : Les hernies musculaires en général peuvent débuter de deux façons : ou brusquement ou lentement. Il suffit de jeter un coup d'œil sur les diverses observations que nous avons exposés dans ce travail, pour voir que très souvent cette affection apparaît brusquement et tout d'un coup. On peut même dire que dans un grand nombre de cas, les individus voient se développer immédiatement sous leurs yeux

une tumeur qui n'existait pas auparavant dans la région. C'est le cas du canonnier dont parle Mourlot dans sa deuxième observation qui, se soulevant sur son étrier, entend entre ses cuisses un bruit de craquement presque aussi violent qu'un coup de pistolet, et qui aussitôt voit apparaître une tumeur à la partie supéro-interne de la cuisse droite.

D'autres fois la tumeur n'apparaît que quelque temps, un mois après le traumatisme. Un soldat tombe sur le plancher à peine sur les talons, puis rejette en arrière le pied droit dans l'extension forcée : après un mois d'appareil immovible, il remarque une tumeur à la partie moyenne et externe de la jambe (Nimier).

Dans tous les cas de début brusque, l'apparition de la tumeur est en rapport le plus souvent avec un traumatisme plus ou moins violent. Dans le plus grand nombre de ces cas aussi, la rupture musculaire est la lésion anatomique, et nous avons affaire à des hernies musculaires fausses, bien que des hernies vraies puissent aussi apparaître dans ces conditions.

L'apparition lente des hernies musculaires est encore fréquemment observée. Dans un assez grand nombre d'observations, on ne note pas de traumatisme violent ni immédiat, ni antérieur. Le cas rapporté par Choux est celui d'une hernie musculaire dont le début ne peut être précisé, sans coïncidence avec un effort récent ou un exercice violent. Tel est

encore le cas cité par Baudin d'un maréchal de logis de dragon, qui s'aperçut par hasard, en s'habillant d'une grosseur située au niveau du premier adducteur.

En résumé, ce n'est pas le mode de début qui peut nous permettre de différencier les hernies musculaires vrais des pseudo-hernies. C'est bien plutôt, et seulement sur les symptômes physiques que nous allons exposer que peut se baser le diagnostic.

Symptômes physiques. — La hernie musculaire se présente sous la forme d'une tumeur dont le volume est variable. Habituellement les auteurs la comparent à une grosse noix, à un œuf de pigeon ou un œuf de poule. Quelquefois même à une bande étroite qui fait saillie et soulève la peau. Les limites de cette tumeur sont plus ou moins nettement accusées suivant son siège. Tantôt elle fait une saillie très caractérisée et qui se distingue franchement des zones voisines.

Tantôt au contraire, et surtout au repos, son existence ne se révèle que par une voussure légère, et mal limitée sur son pourtour. La peau peut présenter dans la région une teinte ecchymatique, dans le cas où le traumatisme a déterminé *in situ* la hernie.

À la percussion, cette tumeur présente une matité absolue. De même, l'auscultation ne révèle l'existence, ni de souffles, ni de bruits anormaux.

La peau est absolument mobile à la surface de la

tumeur et ne présente aucune espèce d'altération. Quelquefois la peau est animée, altérée : la troisième observation de M. Schwartz nous en est un exemple : le frottement habituel auquel était soumise la région, avait fait disparaître au niveau de la hernie, les poils abondants d'ailleurs dans les régions voisines.

La consistance de la tumeur est variable au relâchement ou à la contraction des muscles et c'est ici qu'il importe de faire la distinction entre les hernies musculaires vraies et les pseudo-hernies. A l'état de repos, les hernies musculaires sont des tumeurs molles présentant des signes de fluctuation manifeste dans le sens transversal et qui n'existent pas dans le sens des fibres musculaires. Tantôt, cette tumeur présente des signes de réductibilité partielle, tantôt, elle conserve son volume normal sous la pression. C'est dans le premier cas qu'on peut sentir la tumeur s'engager à travers un orifice aponévrotique et que le doigt introduit à son tour à travers l'ouverture qui a donné passage à la hernie peut sentir les lèvres saillantes, tendues de la déchirure de la gaine musculaire.

Si nous communiquons au membre des mouvements passifs, c'est-à-dire si nous supposons une hernie musculaire du moyen adducteur et que nous écartons la cuisse de la ligne médiane, (distension passive), la tumeur si nous avons affaire à une hernie musculaire vraie diminue de volume jusqu'à disparaître totalement.

Faisons rapprocher les cuisses au malade, sans nous opposer à ce mouvement d'adduction, nous voyons la tumeur grossir et durcir s'il s'agit de hernie musculaire fausse ; de même, empêchant la contraction musculaire d'être suivie d'effet, les genoux étant maintenus écartés la tumeur augmente considérablement de volume et présente une consistance plus ferme si nous avons affaire à une hernie musculaire fausse.

Dans la hernie musculaire vraie, au contraire, ces mêmes manœuvres auront pour effet de faire diminuer de volume jusqu'au point de disparaître et de rendre moins consistante la tumeur.

Symptômes fonctionnels. — Les symptômes fonctionnels sont très variables de nature et d'intensité. Quelquefois ils sont les premiers en date, c'est ainsi que nous voyons dans un certain nombre d'observations des malades dont l'attention est d'abord attirée dans la région où s'est développée la tumeur par une douleur et de la gêne fonctionnelle.

D'autres fois, au contraire, la tumeur apparaît, elle existe déjà depuis des mois sans entraîner la moindre fatigue, la moindre entrave aux fonctions du membre. En général cependant, à un moment donné de l'évolution de la hernie, surviennent des troubles consistant en douleur, gêne dans les mouvements, qui peuvent aboutir à l'impotence fonctionnelle

absolue et amènent les malades à consulter le chirurgien.

Ces troubles fonctionnels peuvent varier d'intensité. Tantôt ils sont constitués par une simple gêne qui n'empêche pas les malades de vaquer à leurs occupations et se manifeste seulement à la fin d'une journée d'exercice ou de travail pénible.

Tantôt les douleurs sont assez intenses pour imposer au patient l'inaction absolue. Elles se manifestent alors sous la forme d'engourdissement, quelquefois, d'élancements ou même de véritables brûlures comme dans la deuxième observation rapportée par Michaux et la troisième observation de M. Schwartz. Ces douleurs siègent non seulement dans la région qu'occupe la tumeur mais peuvent s'étendre à tout un membre dont elles paralysent la fonction.

Nous devons faire remarquer d'ailleurs que les symptômes fonctionnels plus ou moins accusés au début ou au cours des hernies musculaires vraies se manifestent avec une intensité particulière dans les pseudo-hernies musculaires. Ces dernières qui succèdent en général à un traumatisme violent ont leur début caractérisé dans le plus grand nombre d'observations par une douleur vive qui signale la rupture et l'apparition de la tumeur.

Les médecins militaires qui ont observé le plus grand nombre de ces tumeurs ont été obligés souvent de mettre à la réforme leurs malades.

Diagnostic

Avant de nous demander à quelle variété de hernie musculaire vraie ou fausse nous avons affaire une première question se pose, à savoir la différenciation d'une tumeur intéressant le muscle avec les différentes tumeurs que l'on peut rencontrer dans la région intéressée.

Et d'abord, n'est-il pas possible de confondre cette affection avec un lipome, tumeur fréquente et que l'on peut rencontrer dans un grand nombre de régions ? C'est même là une cause d'erreur assez fréquente.

Le lipome se différenciera d'une hernie musculaire par sa consistance souvent pseudo-fluctuante mais également dans tous les sens tandis que la hernie musculaire ne présente de fluctuation à l'état de repos que dans le sens transversal et nullement dans le sens des fibres musculaires. De plus, le lipome ne subit aucune modification du fait de la contraction musculaire si ce n'est qu'il peut être déplacé en masse par le muscle qui se trouve au dessus ou au dessous

de lui, mais nous ne le voyons ni durcir ni diminuer de consistance dans l'état de relâchement ou de contraction du muscle.

Ajoutons à ces caractères la lobulation de sa surface que ne présente pas une hernie musculaire.

L'abcès froid peut dans certaines régions donner également le change avec l'affection qui nous intéresse ; mais en général, cet abcès est nettement fluctuant, souvent réductible dans une poche voisine ou sous-jacente comme par exemple les abcès de la fosse iliaque qui fusent dans le triangle de Scapa et qui pourraient à la rigueur en imposer pour une hernie du du premier adducteur. De plus, cette lésion est liée à une affection osseuse qui se traduit par un point douloureux dans le voisinage et l'état général minutieusement examiné montrera ailleurs une localisation tuberculeuse qui éclairera le diagnostic. Si nous insistons un peu sur l'abcès froid c'est que sa consistance est variable suivant l'épaisseur de sa coque, c'est également que son volume et sa forme sont modifiés par la contraction musculaire et que par conséquent à un examen superficiel il est vrai, l'erreur est parfaitement possible.

Un kyste hydatique peut dans toutes les régions simuler la hernie musculaire, surtout à son début, lorsqu'il n'a encore qu'un petit volume et qu'il ne soulève que légèrement les plans sus-jacents. On éliminera cependant cette affection en constatant sa

fluctuation franche et quelquefois un frémissement caractéristique.

Un anévrisme ne peut que difficilement être pris pour une hernie musculaire. La palpation et l'auscultation surtout de la tumeur permettront d'en reconnaître les divers signes : battements expansion et souffles.

De même, la tumeur peut être prise pour un épanchement sanguin sous-cutané, une myosite, une gomme, une adénite.

Nous ne nous sommes occupés jusqu'ici dans cette question du diagnostic que d'éliminer les affections non musculaires, mais en nous localisant maintenant dans l'étude des affections qui intéressent le muscle, il nous reste à nous mettre en garde contre de nombreuses causes d'erreur.

C'est ainsi que dans le cas de pseudo-hernie ou de rupture musculaire, la tumeur peut être prise pour les diverses lésions que nous avons déjà signalées. Il est vrai que le mode de début nous servira pour éviter l'erreur, les commémoratifs, l'écchymose, l'hématome ou encore la forme de la tumeur constituée par une encoche séparant les deux portions du corps du muscle. Mais il ne faut pas oublier que tous ces symptômes peuvent être vagues et que certains d'entre eux peuvent manquer complètement.

L'une des erreurs les plus fréquentes est la confusion avec une hernie inguinale d'une rupture des

grands droits ou des obliques par exemple. Avec une hernie crurale d'une hernie des adducteurs. Dans ce dernier cas même, c'est avec la hernie obturatrice que l'erreur pouvait être commise, d'autant plus que les deux lésions peuvent présenter un pédicule et même remonter sous l'influence d'un effort de toux.

Un des moyens de diagnostic qu'il ne faudra jamais négliger d'employer dans ces cas difficiles est la faradisation du muscle qui ne laissera plus de place à l'erreur.

Si l'erreur est possible avec des tumeurs non musculaires, à plus forte raison sera-t-elle fréquente avec les lésions musculaires d'une autre nature. C'est ainsi que le kyste hydatique musculaire, développé dans le corps même du muscle pourra amener une augmentation de volume du corps musculaire avec affaiblissement de son aponévrose qui se laissera tout au moins distendre sinon rompre par la pression exercée sur elle.

De même une gomme musculaire, un lipome du muscle sont autant de cause d'erreur.

L'hématome causé par la rupture musculaire peut s'indurer et faire croire à un phlegmon ligneux d'origine lymphangitique et un ostéome musculaire dont souvent d'ailleurs l'étiologie est la même, ou encore à un sarcôme du muscle.

Quelques auteurs croient que certains phlegmons de la cavité prévésicale ne sont autre chose que des

hématomes suppurés provenant d'une rupture des droits.

Ce n'est pas seulement lorsqu'elle est constituée que tumeur de l'affection qui nous occupe peut donner lieu à des erreurs de diagnostic, mais au moment où elle se produit la pseudo-hernie peut en imposer pour un lombago, un rhumatisme, une rupture variqueuse dite encore « coup de fouet ».

Certaines erreurs sont dues au siège de l'affection. Nous avons déjà vu comment une hernie des adducteurs peut être prise pour une hernie viscérale crurale ou obturatrice ; comment une hernie des droits ou des obliques de l'abdomen peut en imposer pour une hernie inguinale. Une adénite du triangle de Scarpa peut encore être prise pour une hernie musculaire.

Au bras, la hernie du biceps ou du brachial antérieur sera souvent confondue avec le lipome sous-bicipital. Celui-ci, se cache sous le muscle au moment du repos, il est pour ainsi dire expulsé de sa place au moment de la contraction musculaire. Il en résulte on le conçoit une cause d'erreur assez difficile à éviter.

Dans le creux poplité, la hernie des jumeaux au niveau de leurs insertions pourra être prise pour un kyste poplité d'autant plus que ces kystes communiquent souvent avec la grande séreuse articulaire et se réduisent par conséquent dans certaines conditions.

Nous pourrions multiplier à l'envie l'exposé de ce diagnostic différentiel, nous croyons avoir suffisamment donné une idée des difficultés auxquelles la hernie musculaire vraie ou fausse peut donner naissance.

Ce que nous venons de dire comme diagnostic différentiel s'applique aussi bien à la hernie vraie qu'à la rupture musculaire. Il nous reste maintenant à élucider un autre point qui est certainement plus délicat que ceux que nous venons d'étudier.

Le diagnostic de hernie musculaire étant bien établi, il s'agit de savoir si cette hernie est vraie ou fausse ?

Jusqu'en 1881, on ne se posait pas cette question puisque les deux affections étaient confondues dans un même groupe, et nous savons que les travaux de Farabeuf confirmés en 1888 par les expériences de Guinard et dans la suite par les observations de Michaux, Choux, Legueu, Hartmann ont permis de dissocier ce petit chapitre de pathologie externe.

Quels sont donc les caractères qui nous permettront de ranger sous telle ou telle étiquette la hernie musculaire ?

C'est surtout à l'étude du muscle dans le jeu de ses fonctions qu'il nous faudra avoir recours pour lever cette difficulté.

Sur un muscle au repos, non étendu la pseudo-

hernie est peu apparente, au contraire la hernie vraie est toujours très apparente.

Sur un muscle au repos, étendu passivement, la pseudo-hernie persiste ou ne diminue que légèrement, la hernie vraie disparaît entièrement.

Sur le muscle contracté sans résistance, la pseudo-hernie augmente et durcit, la hernie vraie diminue.

Sur le muscle contracté avec résistance, la pseudo-hernie augmente et durcit, la vraie disparaît complètement.

La faradisation fait également augmenter et durcir la pseudo-hernie, elle fait disparaître la hernie vraie.

D'autres signes distinctifs existent encore. Quelquefois, on voit un pédicule à la pseudo-hernie, jamais la hernie vraie n'en présente.

Enfin, si dans la contraction musculaire on remarque quelquefois que la tumeur se déplace suivant les mouvements du muscle et dans l'axe de celui-ci, jamais on ne remarquera ce symptôme dans la hernie vraie.

L'examen approfondi de la tumeur à l'état de réduction ou de saillie nous permettra également dans quelques cas de distinguer l'état de l'aponévrose qui peut être rompue et laisser passage au muscle à travers un anneau dont la palpation permettra d'apprécier les contours, ou simplement affaiblie et allongée, ce qui sera plus difficile à diagnostiquer.

Marche. — Terminaison. — La marche de la hernie musculaire vraie peut être lente et progressive, la tumeur augmentant insensiblement de volume jusqu'à laisser sortir de sa gaine presque tout le muscle. Au contraire, on peut voir l'affection rester absolument stationnaire.

De même la marche des ruptures musculaires peut être essentiellement variable suivant que l'on a affaire à une rupture complète ou incomplète.

On peut voir les ruptures partielles se réparer par un travail de cicatrisation lente et ne laisser aucune trace à leur suite on voit au contraire les ruptures totales persister sans aucune tendance à l'amélioration.

On voit souvent des malades obligés de renoncer à leur profession, du fait de cette affection. Nombre de cas de réforme sont dûs à la hernie musculaire.

Des complications peuvent survenir telles qu'une douleur exagérée rendant impossible tout effort ou encore la suppuration des hématomes que l'on voit souvent au début de la maladie.



Traitement

Le traitement des hernies musculaires est de deux ordres : médical ou chirurgical. Le traitement chirurgical proprement dit, le seul nous le verrons, susceptible de donner dans cette affection, des résultats vraiment sérieux et durables, appartient à la période moderne de la chirurgie. Dans les premières observations de hernies musculaires que nous rencontrons il n'est question que de moyens de contention et de maintien de la tumeur : il faut arriver aux observations et aux travaux de Farabeuf, Larger, Nimier, Hartmann, Michaux, Lagueu, etc., pour voir pratiquer l'ablation de ces tumeurs et tenter leur cure radicale.

Traitement médical. — Nous serons bref sur lui, car il est aujourd'hui universellement abandonné. On avait imaginé des appareils de toutes sortes pour la contention des hernies musculaires : compresse graduée, cuissarts lacés, cuissarts élastiques, pelotes en caoutchouc, etc., les appareils n'étaient que des moyens palliatifs pour empêcher la tumeur d'augmenter de volume, mais n'empêchèrent pas la gêne

fonctionnelle, les douleurs pouvant amener à l'impotence complète du membre. A moins de contre-indications tenant à l'état général, c'est du traitement chirurgical que relève toute hernie musculaire. Telles sont les conclusions auxquelles aboutissent Choux dans son mémoire et Michaux.

Traitement chirurgical. — Il importe d'abord, les précautions antiseptiques d'usage étant prises et la bande d'Esmarch étant placée pour éviter l'inondation sanguine du champ opératoire, de pratiquer une longue incision de la peau suivant le grand axe du muscle pour bien observer la lésion dans toute son étendue.

On résèque ensuite largement le faisceau musculaire hernié, en le liant à ses deux extrémités par un gros fil de catgut.

Une suture musculaire est faite par 6 ou 8 points séparés, avec un gros catgut ou un fil de soie. Cette suture doit rapprocher les deux lèvres de la gouttière formée par la résection large du faisceau hernié et comprendre dans son épaisseur une notable partie du muscle.

On pratique la suture isolée de l'aponévrose à la soie, puis la suture mixte des téguments au crin de Florence. Le malade doit garder le repos en minimum de trois semaines pour ne pas se voir exposé à une récurrence rapide.

Telles sont les grandes lignes du traitement chi-

chirurgical appliqué aux hernies musculaires. Dans les divers temps de l'opération, les auteurs qui se sont occupés de la question, ont apporté chacun quelques variantes ; et c'est probablement à l'imperfection de tel ou tel détail que sont dues les récidives dans un assez grand nombre de cas.

Giess rapporte deux observations dans lesquelles il a pratiqué la cure radicale de la tumeur musculaire. Dans la première, il se contenta d'exciser la portion de muscle herniée et ne sutura pas l'aponévrose rompue. Cette opération fut suivie d'ailleurs de récidive. Dans la deuxième observation due à ce même auteur l'aponévrose fut suturée et le succès couronna l'opération.

Sellerberck, à qui nous devons une observation de cure radicale de hernie musculaire, réintègre le muscle hernié dans son manchon aponévrotique, sans le réséquer. Une récidive partielle s'ensuivit.

Gazin pratique l'opération, suivant toutes les règles opératoires voulues, mais vit se produire une récidive partielle de la hernie, par insuffisance de la durée d'immobilisation.

Choux, au mémoire duquel nous empruntons largement ces données du traitement chirurgical des hernies musculaires, préconise un procédé qui lui a donné les meilleurs résultats. Le voici résumé : une incision longue et verticale est pratiquée, qui amène sur la tumeur. Il incise l'aponévrose sur une sonde

cannelée et arrive sur le muscle. Pour rendre la récidive de la tumeur difficile, il imagina de produire sur les parties du muscle correspondant à la distension aponévrotique, une série de bandes constrictives, destinées à limiter l'expansion du muscle en avant à chacune de ses contractions, et de réséquer sur chacune des lèvres de la plaie aponévrotique, une bande de 2 à 8 millimètres. Avec une petite aiguille courbe, l'auteur passe à mi épaisseur du muscle, et espacés de 7 à 8 millimètres, les uns des autres, 6 crins de Florence qui lui permettent d'étreindre avec 6 ligatures distinctes et qui seront abandonnées, les faisceaux musculaires de la moitié antérieure du muscle. Après la section des crins, il enlève sur chacune des lèvres de l'incision aponévrotique, une bande de substance de 3 à 4 millimètres.

Il procède ensuite à l'affrontement aussi exact que possible de ces lèvres et les suture aux crins de Florence, en espaçant les suture d'un demi centimètre et en faisant alterner une suture superficielle avec une suture profonde. Ce traitement a donné entre les mains de Choux un succès complet.

En résumé, il faut admettre que le traitement chirurgical pratiqué suivant les règles générales que nous venons de donner, est le seul applicable aux hernies musculaires.

Au point de vue fonctionnel, les résultats ont toujours été satisfaisants. Les douleurs qui empê-

chaient l'usage du membre ont complètement disparu. Les malades n'éprouvaient plus, dans les différentes observations que nous avons sous les yeux, ni crampes, ni fatigue.

Au point de vue esthétique, Sellerberk, Gazin, Michaux, Hartmann ont éprouvé des récives légères, mais imputables, croyons-nous, à l'imperfection du procédé, et nous croyons que toute hernie musculaire bien opérée doit guérir.



OBSERVATIONS

Observation (de Rouillois). — In Thèse de Paris,
1829.

Un homme de 33 ans, à la suite d'un effort violent, il y a 4 mois éprouva une vive douleur et un craquement à la partie supéro-interne de la cuisse. Bientôt apparaît une petite tumeur grosse comme une noix qui acquit rapidement le volume d'un œuf de poule. On constate à la partie supérieure de la cuisse, entre le premier adducteur et le droit interne une tumeur paraissant enfoncée dans les muscles. Dans la flexion de la cuisse et la rotation en dehors, la tumeur fait saillie.

A l'opération, on trouve une ouverture faite à l'aponévrose et une portion charnue engagée dans cette ouverture.

Observations (de Mourlon). — Recueil de médecine
et de chirurgie militaires, 1861.

1^{re} OBSERVATION. — Tirée du service de M. Lamy,
au Val-de-Grâce. Janvier 1856.

Momtchiloff

Un conducteur fait un effort pour retenir son cheval et comprime fortement les flancs de l'animal entre les cuisses. Aussitôt, il éprouva une douleur dans tout le membre droit, puis un engourdissement qui disparaît. Après un an, à la région supéro-interne de la cuisse on constate une tumeur du volume d'un petit œuf de poule correspondant au chef supérieur du premier adducteur, indolente, donnant une sensation vague de fluctuation. Quand le membre se contracte elle durcit sensiblement. Quand les muscles sont relâchés sa consistance est faible. En explorant la périphérie, on perçoit des bords durs qui font penser à une ouverture de l'aponévrose.

Appareil contentif.

2^e OBSERVATION. — Un canonnier, enfourchant rapidement son cheval qui cherchait à fuir, au moment où il se soulevait sur l'étrier entend entre ses cuisses, un bruit de craquement presque aussi violent qu'un coup de pistolet. Aussitôt à la partie supéro-interne de la cuisse droite apparaît une tumeur douloureuse grosse comme un œuf de pigeon. Dans la station debout, cette tumeur est molle. Si on fait rapprocher l'un de l'autre les membres pelviens la tumeur devient plus dure, plus saillante et plus pédiculée. Si on porte la cuisse dans l'abduction, la tumeur diminue et disparaît par une compression légère à travers une ouverture à bords tranchants. Dans tous les mouvements on sent une tumeur qui tend à sortir à travers une ouverture aponévrotique qui, elle-même, augmente.

3^e OBSERVATION. — Il s'agit d'une hernie du jambier antérieur sortie par une déchirure de l'aponévrose produite en sautant la rivière dans un exercice de gymnastique. La tumeur est seulement perceptible dans les mouvements de flexion énergiques du pied sur la jambe. Au moment de l'accident, le malade éprouva une douleur et un craquement, depuis six ans la douleur n'a pas augmenté.

Observation (Thèse de Pratt, 1879, Paris)

Hernie du jambier antérieur

X..., lieutenant de douanes, âgé de trente ans, s'aperçoit par hasard, il y a quinze mois et sans traumatisme antérieur de l'existence d'une petite tumeur grosse comme une noisette, située à la partie antérieure de la jambe droite. Cette tumeur augmenta lentement de volume; en octobre 1878, X... fait un faux-pas et éprouve une douleur vive au niveau de la tumeur. Celle-ci augmenta notablement, la marche devint pénible, impossible même et le malade entre au Val de Grâce dans le service de M. Pévin.

Pendant la contraction des muscles antérieurs de la jambe droite, la tumeur forme une saillie nette au niveau de la partie moyenne de la jambe reposant sur la face externe du tibia. Elle durcit pendant la contraction musculaire, redevient molle dans l'état de relâchement, elle n'est pas fluctuante dans le sens des fibres musculaires mais l'est nettement dans le sens transversal et réductible partielle-

ment, sur le bord ou à la sensation d'une corde tendue qui correspond à une solution de continuité de l'aponévrose. En bas, on n'a pas la sensation d'une boutonnière; cette tumeur ne présente ni battements, ni mouvements d'expansion. Un bas élastique est appliqué qui soulage considérablement le malade.

Observations (Baudin. Recueil de chirurgie et
médecine militaire, 1881)

1^{re} OBSERVATION. — Hernie du 1^{er} adducteur

Un dragon présente une tumeur grosse comme un œuf de pigeon à la partie interne et inférieure de la cuisse gauche. A trois ou quatre pouces au-dessous de l'arcade de Fallope au niveau du bord interne du triangle de Scarpa. Cette tumeur disparaît dans l'abduction, reparait dans l'adduction et n'est pas douloureuse. Cependant, si le malade se livre à un exercice prolongé, il éprouve des tiraillements et des crampes douloureuses au niveau de la tumeur.

Le début s'est fait insidieusement il y a deux mois. La tumeur a augmenté progressivement de volume, la gêne s'est accrue et a nécessité la réforme.

2^{me} OBSERVATION. — Hernie du 1^{er} adducteur

Un dragon, âgé de 25 ans, vigoureux, bien musclé, ouvrier chez le maître bottier, se présente le 18 avril 1889, porteur d'une tumeur située à la partie supéro-interne de la cuisse, un peu en dedans des vaisseaux fémoraux. Cette tumeur de volume considérable, indolente, atteint dans l'adduction complète la grosseur du poing. Elle présente les mêmes caractères cliniques que dans la précédente observation.

Au repos, elle ne cause aucune gêne sérieuse malgré son volume, mais le moindre exercice du membre est impossible, s'accompagnant de sensation de frissement et de crampes.

Au contraire, les divers efforts musculaires que nécessite de la part des adducteurs le travail de cordonnier sont relativement bien supportés.

L'affection date de 2 mois. Au début la tumeur avait le volume d'une noix, elle s'est développée ensuite rapidement, le début a été insidieux, sans effort musculaire et le malade s'est aperçu par hasard de la tumeur.

Repos et bandage contentif. Le malade est réformé.

3^{me} OBSERVATION. — Hernie du 1^{er} adducteur.

En septembre 1883, un maréchal des logis de dragons, présente une tumeur de la cuisse de la grosseur d'un œuf de pigeon, siégeant au niveau du 1^{er} adducteur, et revêtant tous

les caractères d'une tumeur musculaire. Il s'en est aperçu par hasard, en s'habillant, la tumeur était grosse alors comme une petite noix et a déterminé peu à peu une gêne de la partie supérieure de la cuisse et des crampes survenant à la suite de tout exercice un peu violent.

Bandage.

Observation (de Larger)

Hernie du muscle jambier antérieur, (Bulletins de la Société de Chirurgie, 30 mars 1881)

Un homme de vingt-six ans, bûtelier, porte au niveau même de la gaine aponévrotique du muscle jambier antérieur, une tumeur grosse comme une olive. Le début a passé inaperçu, et l'existence a été constatée depuis l'âge de 18 ans. Depuis, la tumeur n'a pas changé de volume ; quand la jambe est au repos, elle est de consistance molle, réductible, et disparaît entre les deux lèvres d'une boutonnière verticale de l'aponévrose. Quand la jambe se raidit, la tumeur ne durcit pas beaucoup, elle est d'ailleurs indolente, ne présente ni souffle, ni battement.

a) Pendant les mouvements volontaires du malade :

Pied dans l'extension : la tumeur disparaît presque complètement ;

Pied dans l'extension et l'adduction : reproduction immédiate de la tumeur ;

Pied dans la flexion, la tumeur devient très saillante et persiste jusqu'à la flexion du pied à angle droit.

b) Dans les mouvements passifs :

Mêmes phénomènes.

c) Par les courants galvaniques et faradiques, on voit bien que la tumeur appartient au jambier antérieur.

Observations (Farabeuf. Bullet. de la Société de chirurgie, 15 juin 1881)

1^{re} OBSERVATION. — Relative à une pseudo-hernie musculaire du droit antérieur de la cuisse consécutive à une rupture sus-rotulienne de ce muscle.

La flexion de la jambe qui aurait fait disparaître par distension passive une hernie vraie n'influçait pas cette tumeur, suite de rupture. D'autre part, la contraction volontaire du muscle intéressé qui aurait amené la réduction d'une hernie vraie exagçrait le volume et la dureté de la saillie formée par le corps musculaire.

2^e OBSERVATION. — Provenant du service de Nicaise

Un homme, âgé de 55 ans, ayant glissé et étant tombé sur un trottoir a senti un craquement de la région inférieure de la cuisse gauche et une violente douleur. Il s'agissait

d'une rupture du droit antérieur, près de l'extrémité inférieure de son ventre charnu et le muscle s'est retiré peu à peu vers le haut, formant tumeur

Au repos, la tumeur a des limites vagues, est oblongue, molle, sans boutonnière aponévrotique facile à sentir.

Pendant la contraction musculaire, la tumeur durcit, s'élargit, devient plus épaisse et remonte.

Observation (de Cochu, médecin principal à l'hôpital du Gros-Caillou, 1879)

Un homme de 22 ans, robuste, bien musclé, ne sachant pas monter à cheval et obligé pour se tenir de faire d'énergiques contractions des cuisses s'aperçoit, quinze jours après l'arrivée au corps, d'une petite tumeur grosse comme l'extrémité du pouce, disparaissant par la pression, située à la partie supéro-interne de la cuisse gauche. Cette tumeur devint peu à peu douloureuse au point qu'elle obligeait le malade à desserrer les genoux à cheval. Son volume augmenta progressivement et, en 1881, on constate :

1° Le sujet étant debout, une tumeur à la partie supéro-interne de la cuisse, sans boutonnière aponévrotique appréciable. La masse musculaire sous-jacente est très dure quand le membre se contracte. Quand il se relâche, le volume diminue et sa consistance est plus molle ;

2° Le patient étant assis sur le bord d'une chaise, les cuisses en abduction et rotation en dehors, dans la position

du cavalier, si on fait un effort pour rapprocher les genoux maintenus éloignés, la tumeur augmente de volume et devient plus dure.

Observation de Tédénat. Nouveau Montpellier
médical, 20 février 1892

Un homme de trente-sept ans, bâteleur, dans les exercices forains faisait bondir et retombe sur son biceps tendu de gros poids. Il présente sur la partie moyenne du bras droit, sur le trajet même du biceps, une tumeur. Celle-ci a les dimensions d'une noix quand le bras pend inerte. Sa consistance est molle, sa surface lisse semble continuer en haut et en bas le corps musculaire. Quand le malade contracte fortement son biceps pour vaincre une résistance énergique opposée à la flexion de son avant-bras, la tumeur durcit et diminue de volume à tel point qu'elle disparaît et qu'on ne la retrouve plus. Les mêmes phénomènes se produisent, mais à un moindre degré quand le bras et l'avant-bras sont en extension complète.

Après la disparition de la tumeur, de l'une ou de l'autre façon, le doigt perçoit à sa place, un anneau très distinct à travers lequel la tumeur ressortait quand on mettait l'avant-bras en flexions passives sur le bras.

Observation de Hartmann. Revue de chirurgie,
juin 1893

Un malade, âgé de 40 ans, entre le 4 août 1892, dans le service de M. le professeur Terrier, à l'hôpital Bichat. Il se plaint depuis quelques mois de douleurs dans la cuisse droite. Sur la partie antéro-externe de celle-ci, on remarque une tumeur dont le début remonte à fin 1879.

En août de cette année, il fit une chute au 5^e étage et fut traité à Saint-Antoine, pour une fracture compliquée du fémur droit. La petite plaie de cuisse guérit dans l'espace de 10 jours et 48 jours après, le malade sortait marchant facilement mais présentant un léger raccourcissement. Dès cette époque, il remarqua la tumeur.

Examen pratiqué le 5 août 1892.

Le sujet étant debout, le tronc incliné du côté droit, le poids du corps reposant sur le membre, on constate au dessus de la partie moyenne de la cuisse droite, à l'union de la face externe et antérieure, une tuméfaction composée de deux lobes superposés, Le supérieur du volume d'un petit œuf de poule, l'inférieur du volume d'une noisette. Pas d'altération de la peau à ce niveau, sauf trois cicatrices. La tumeur est molle et réductible. Quand on l'a réduite, on constate au niveau de l'emplacement de chacun de ses lobes, la présence d'un trou au niveau de l'aponévrose, trou limité par un contour fibreux net sous lequel, ce doigt peu s'engager. Quand le malade s'incline sur le membre gauche, de

manière à faire porter le poids du corps sur celui-ci, la tumeur de la cuisse droite disparaît. De même lorsqu'on fait contracter les muscles de la région.

Dans le décubitus dorsal, la tumeur n'est pas apparente, mais on la fait saillir par la pression quand on comprime les masses musculaires au dessus et au dessous d'elle.

Le 3 août 1892, anesthésie au bromure d'éthyle continuée au chloroforme, une incision verticale amène sur les deux trous de l'aponévrose à contours réguliers lisses et arrondis. Quand on serre la cuisse au dessous à pleine main, on voit le muscle faire hernie à travers les perforations. Ce muscle est libre de toute adhérence et ne présente pas trace de cicatrice. Nous rapprochons les bords de la solution de continuité de l'aponévrose par une série de points de capiton faits avec de la soie et chargeant le muscle au passage, puis, nous suturons la peau sans drainage par une série de crins profonds et superficiels.

Pansement, réunion immédiate. Pendant quinze jours, le malade reste au lit puis il quitte l'hôpital, les douleurs ont complètement disparu et on constate, au dessous de la cicatrice, le muscle ferme et résistant. En janvier 1893, il existe au niveau de la partie supérieure de la cicatrice, un petit point où la suture a cédé et le malade est exposé à une récurrence.

Observation de Choux. — Cure radicale de hernie musculaire. Revue de chirurgie, juin 1893

Un soldat vigoureux, très musclé, entre à l'hôpital de

Vincennes, le 24 novembre 1891 ayant, à la partie antérieure de la jambe droite, à un travers de doigt du bord antérieur du tibia, au niveau du jambier antérieur, une tumeur ovoïde à l'axe vertical.

Le début de la lésion ne peut être précisé et ne coïncide ni avec un effort récent ni avec un exercice violent. Tout ce que le malade se rappelle, c'est qu'il a senti depuis quelques mois une gêne inaccoutumée dans la jambe droite. Son état s'aggravant il est allé consulter un médecin il y a un mois qui lui a fait des applications iodées, sans résultat d'ailleurs.

A l'examen, le 25 novembre 1891, on constate une tumeur mesurant 5 à 6 centim. dans son grand axe transversal. Au repos, elle est molle, diffuente en quelque sorte et à limites indécises. On ne sent pas de solution de continuité de l'aponévrose, elle n'est le siège d'aucun mouvement d'expression ni de souffle. Si on met le pied dans l'extension la tumeur disparaît à peu près entièrement.

Dans l'extension combinée à l'abduction, la tumeur disparaît ; dans la flexion elle devient très saillante et atteint son maximum de volume quand le pied est à angle droit.

Nous plongeons une épingle dans la tumeur pour nous convaincre qu'elle est due à un déplacement du jambier antérieur et nous voyons cette épingle s'agiter et se déplacer dans les mouvements d'extension et de flexion du pied.

Opération le 26 novembre. A la cocaïne et à l'aide de la bande d'Esmarch.

Une incision verticale de 7 centim. amène sur la gaine aponévrotique du jambier antérieur. On constate *de visu*,

que si par le fait de sa distension extrême cette gaine n'exerce plus sur le muscle sous-jacent la compression exacte et permanente qui est l'état anatomique normal dans cette épais, du moins, elle ne présente ni déchirure, ni solution de continuité ; à peine note-t-on un amincissement par élongation de ses fibres congitudinales. Nous incisons l'aponévrose sur une sonde cannelée et arrivons sur un muscle très épais, très développé qui ne présente aucune trace de rupture superficielle ni profonde. Pour rendre la récédive difficile, nous imaginons de produire sur la partie du muscle correspondant à la distension aponévrotique une série de brides constrictives destinées à limiter l'expansion en avant du muscle à chacune de ses contractions et de réséquer sur chacune des lèvres de la plaie aponévrotique une bande de 2 à 3 millimètres. Avec une petite aiguille courbe nous passons à mi-épaisseur du jambier et espacés de 7 à 8 millim. les uns des autres, 6 crins de Florence qui nous permettent d'étreindre avec six ligatures distinctes et qui seront abandonnées, les faisceaux musculaires de la moitié antérieure du jambier. Après la section des crins nous enlevons sur chacune des lèvres de l'incision aponévrotique une bande de substance de 3 à 4 millimètres.

Nous procédons ensuite à l'affrontement aussi exact que possible de ces lèvres et nous les suturons au crin de Florence en espaçant nos sutures d'un 1/2 centimètre et en faisant altérer une suture superficielle avec une suture profonde.

Fermeture de la plaie cutanée. Pansement.

Résultat immédiat de l'opération, ni douleur locale, ni réaction générale.

Au 15^e jour ablation de tous les fils. La réunion est parfaite. L'immobilisation et le séjour au lit sont prolongés jusqu'au 20^e jour et ni aux premières tentatives de marche ni après il ne fut possible de constater la moindre trace de hernie.

Résultats éloignés.

Le malade sort 35 jours après l'opération et a repris en février 1892 son service sans aucune difficulté.

Observations (de Michaux). — Bulletins de la Société de chirurgie (27 décembre 1893 et 3 janvier 1894).

1^{re} OBSERVATION. — Un homme âgé de 22 ans, employé de commerce, entre le 21 octobre à l'hôpital Baujeon, dans le service de M. le docteur Léon Labbé, pour une tumeur du volume d'un œuf siégeant à la partie inférieure du moyen adducteur.

Son histoire est la suivante : il était au 15^e régiment de chasseurs à cheval depuis 5 mois, lorsqu'un jour en descendant de cheval il remarque une vaste ecchymose occupant toute la partie interne de la cuisse droite.

Le major donne 5-jours de repos. Après ce temps, il veut remonter à cheval mais éprouve une douleur très vive et s'aperçoit pour la première fois de l'existence d'une tumeur du volume d'un œuf de poule surtout manifeste par la contraction musculaire des adducteurs. Il se repose à l'infir-

merie pendant 45 jours. Après ce temps, comme il lui était impossible de monter à cheval à l'hôpital Saint-Mihiel où on porte le diagnostic de hernie musculaire du moyen adducteur, le malade est réformé et entre 10 jours après dans notre service.

Quand on l'examine couché, tous les muscles dans le relâchement, il présente à la partie antéro-interne de la cuisse droite un peu au dessus et en dedans de la pointe du triangle de Scarpa une petite tumeur assez résistante qui semble faire corps avec la partie inférieure du moyen adducteur.

La distension passive ne fait pas disparaître la tumeur. La contraction augmente sa saillie sous la peau et sa consistance. Nous portons le diagnostic de rupture du moyen adducteur. Le malade est gêné dans la marche mais ne boîte pas. Les efforts d'adduction sont assez pénibles et douloureux pour lui faire réclamer une intervention chirurgicale que nous pratiquons le 30 septembre 1893.

Sur le milieu du moyen adducteur, une grande incision de 15 centimètres nous conduit à travers une *aponévrose intacte* sur une tumeur du volume d'un œuf de poule, faisant corps avec le moyen adducteur. Cette tumeur est si arrondie, si tendue, si blanche que nous croyons un moment avoir affaire à une production kystique ou hématique développée autour d'un petit ostéome musculo-tendineux que nous sentons très nettement à la partie inférieure de la tumeur au voisinage de l'insertion musculaire.

Une incision sur la main nous prouve que la tumeur est exclusivement musculaire. Je la dissèque avec grand soin, surtout à la partie inférieure, immédiatement contiguë aux

vaisseaux fémoraux. La partie supérieure est sectionnée sans hémorrhagie appréciable. Nous constatons alors qu'il s'agit d'une rupture des 3/4 du moyen adducteur. Le faisceau supérieur est intact.

Je laisse dans la plaie une mèche de gaze iodoformée pour tenir momentanément la place du muscle enlevé. Je suture l'aponévrose avec soin sauf sur la partie inférieure où sort la mèche et les lèvres de l'incision cutanée sont rapprochées au crin de Florence. Nous obtenons une réunion par première intention.

Après un repos d'un mois le malade sort guéri le 24 octobre.

Revu en décembre 1893, il présente une cicatrice parfaite au repos.

L'épreuve de la distension passive provoque à peine une légère dépression de la région opérée ; la contraction active, libre (adduction sans obstacle) ne produit pas de saillie appréciable. La contraction active entravée donne les mêmes résultats.

DEUXIÈME OBSERVATION. — Un homme, âgé de 27 ans, entre dans notre service le 5 août 1893, pour une tumeur de la partie supéro-interne de la cuisse dont il s'est aperçu il y a 3 mois. Les premiers troubles datent du mois de mai dernier. A la fin de la journée, il éprouvait une légère douleur, un engourdissement à la partie supéro-interne de la cuisse gauche. Cet engourdissement s'accompagnait parfois d'une sensation de brûlure qui s'étendait à toute la partie supérieure de la cuisse. En même temps, il

constata dans cette région une petite tumeur qui s'accroît insensiblement. Les phénomènes douloureux se produisaient surtout à la fin de la journée de travail et particulièrement quand le malade portait une charge sur l'épaule gauche. Il se décida à entrer à l'hôpital, salle Biandin, n° 10, dans le service de M. le Dr Léon Labbé.

On constate à la partie supéro-interne de la cuisse gauche une tumeur du volume d'un œuf de poule occupant la partie moyenne du moyen adducteur, indolente, irréductible par la pression, de consistance moyenne, plutôt molle quand les muscles sont relâchés, mate à la percussion, mal limitée en haut et en bas.

En écartant les membres inférieurs de la ligne médiane (distension passive), la tumeur diminue de volume jusqu'à disparaître totalement. Si on commande au malade de rapprocher les cuisses, on voit la tumeur grossir, durcir, sans remonter bien sensiblement. Si on empêche la contraction d'être suivie d'effet en maintenant les genoux écartés, la tumeur ne paraît pas augmenter de volume; nous portons le diagnostic de hernie musculaire.

Les antécédents viennent à l'appui de ce diagnostic. Le malade s'était engagé dans la cavalerie et n'était pas monté à cheval avant d'entrer au régiment. Ses classes furent laborieuses, mais il n'observa jamais la moindre rupture musculaire. Il quitte le service en janvier 1891, fait le métier de journalier et porte des fardeaux. Ce n'est qu'après deux ans qu'il se plaint de troubles et constate l'existence de la tumeur qu'il porte. Cette tumeur est survenue lentement, sans douleur brusque.

Opération le 16 août. — Chloroformisation.
Momtchiloff

• Une longue incision cutanée est dirigée suivant l'axe du moyen adducteur. On tombe sur une saillie musculaire indiscutable constituée par un gros faisceau du moyen adducteur, le faisceau n'est pas recouvert d'aponévrose, celle-ci ne présente pas non plus de boutonnière nette, elle est manifestement amincie et on voit seulement sur les bords de la tumeur quelques faisceaux fibreux qui témoignent de l'usure aponévrotique incontestable.

Il résèque le faisceau hernié sur une longueur de 6 à 7 centimètres. Il ne constate aucune trace de rupture, aucune lésion macroscopique apparente. Ce faisceau est seulement plus long que les faisceaux voisins. Ces deux extrémités sont liées au catgut. La résection terminée, je me trouve en présence d'une petite gouttière musculaire et, pour donner de la solidité à la cicatrice j'en enserre largement les deux bords dans une suture en surjet continu avec un gros fil de soie plate qui se trouve ainsi rapprocher et même recroqueviller en dedans, les deux bords de la solution de continuité opératoire.

Rapprochement des deux lèvres de l'aponévrose par un surjet à la soie.

Malgré toutes les précautions antiseptiques, la soie amène la formation d'un abcès qui fut ouvert le 20 août. Dès les premiers jours d'octobre, le malade part pour Vincennes.

Au repos, on constate un léger plissement au point où s'est ouvert l'abcès. La distension passive amène la disparition de la saillie cutanée et la formation d'une dépression.

La contraction active libre se fait irrégulièrement par faisceaux qui se dessinent successivement sous la peau. En même temps apparaît une saillie musculaire faible, plutôt

molle que résistante. Quand la contraction active est empêchée, cette saillie m'apparut un peu plus dure mais d'un volume beaucoup plus considérable.

Observation (de Legueu, Congrès chirurgie de Paris, 1895)

Un homme de 52 ans, garçon de bureau, présente une tumeur à la partie supérieure du bras, sur le bord externe du biceps on voit paraître pour disparaître dans certains mouvements une tumeur du volume d'un œuf de poule à la surface lisse et régulière, de consistance molle dépressible et non fluctuante. La peau est libre, souple, sans cicatrice. Dans le fond, la tumeur tient au muscle et est mobile avec lui dans le sens transversal. On reconnaît que :

1° Dans l'extension complète de l'avant-bras sur le bras elle disparaît ;

2° Dans la flexion elle apparaît au maximum ;

3° Quand on s'oppose aux mouvements de contraction on voit la hernie diminuer mais non disparaître. Il s'agissait bien d'une hernie musculaire.

A l'examen, à distance de la région, on sentait à quelques centimètres au-dessus de la hernie, sur le trajet de la longue portion du biceps une induration en forme de noyau très manifeste. Cette induration siégeait juste au-dessous du grand pectoral. Elle était mobile avec le tendon et en faisait bien réellement partie, mais son extrémité inférieure

était séparée de la hernie d'un bon travers de doigt. Il y avait donc deux choses, un noyau sur le tendon, une hernie sur le muscle.

Voici la genèse des faits : Il y a 25 ans, ce malade fut mordu au bras droit par un cheval. Pendant quelques semaines il ne put se servir de son membre, en même temps était apparue une ecchymose et du gonflement du bras. Les mouvements de flexion surtout étaient impossibles. Pendant 25 ans, le malade n'aperçut rien d'anormal.

Il y a 4 ou 5 mois tout au plus qu'il éprouva une gêne dans les mouvements brusques. Un jour, il souleva un fardeau pesant, et il y a 6 semaines qu'il a constaté cette tumeur. Il entra à Necker où je l'opérai au mois de juillet dernier. Je pratiquai une incision verticale sur la partie externe du bras, je vis alors les fibres musculaires soulever une simple gaine celluleuse alors que la base de la hernie, son pédicule, étaient circonscrits par un orifice irrégulier où l'aponévrose était normale. Il y avait donc, non pas une perforation mais un *amincissement* considérable de l'aponévrose. En prolongeant l'incision, je trouvai sur le trajet du tendon de la longue portion du biceps, un noyau cicatriciel dur, fibreux, très ancien, loin de la hernie, sans rapport avec elle, je le respectai.

La hernie, je l'encisai après l'avoir fendue en deux moitiés, je ne trouvai rien d'anormal au centre du muscle, j'incisai séparément les deux parties de la hernie. Je réunis par des points de catgut les surfaces avivées du muscle. Restauration de la gaine aponévrotique au catgut. Sutures superficielles. Trois mois après, la guérison était complète.

Observations (de M. Schwartz)

1^{re} OBSERVATION. — Il s'agit d'un homme, âgé de 51 ans, exerçant la profession d'écuyer qui entre dans la salle Gosselin, à l'hôpital Cochin, le 3 octobre 1892, porteur d'une tumeur siégeant à la face interne de la cuisse gauche au niveau des adducteurs. Jouissant d'une très bonne santé habituelle, il monte à cheval depuis une trentaine d'années.

Il y a 3 ans, son cheval ayant lancé une ruade, il rapproche brusquement les cuisses et ressentit dans le membre inférieur gauche, une douleur vive subite ; en même temps apparut une tumeur allongée, suivant l'axe du membre, de 10 centimètres de long environ, grosse comme le petit doigt peu prononcée au repos, devenant très manifeste et beaucoup plus dure quand les muscles se contractaient. Il fut soigné dans le service de M. Auger à Cochin, par M. Tuffier, qui lui dit qu'il avait une rupture aponévrotique, et lui fit une opération à la suite de laquelle il fut bien guéri.

On voit la cicatrice datant de cette opération, à la partie la plus interne du triangle de Scarpa, partant du pli de l'aîne et d'une longueur de 10 centim. Depuis cette opération il sentait parfois, en faisant des efforts, de légères douleurs de la région, mais il avait toujours pu faire son service.

Hier, en voulant se mettre en selle, il fit un effort un peu violent. Il ressentit dans la cuisse gauche une douleur extrêmement vive, et constata immédiatement la présence d'une tuméfaction, occupant la partie supérieure de la cicatrice. Molle, d'une consistance un peu grenue au palper,

elle grossit et la forme et le volume d'un œuf de poule, quand le malade veut rapprocher la cuisse de la ligne médiane on la fléchit légèrement. En même temps, elle durcit notablement.

Pas de modifications de la peau, pas d'ecchymose. Au repos le malade ne souffre pas, mais ressent une douleur vive quand il contracte ses muscles. Cette douleur rend la marche impossible ou du moins très difficile.

Le malade quitte l'hôpital sur sa demande sans être opéré,

2^e OBSERVATION. — Il y a un an, un homme, âgé de 34 ans, concierge, tombe dans son escalier et ressent une vive douleur dans la masse musculaire de la cuisse droite. Aucun autre symptôme n'apparaît avant dix mois. A ce moment, le malade remarque à la partie antérieure de la cuisse une petite tumeur, nettement délimitée, que la contraction musculaire fait saillir.

Petite d'abord, cette tumeur devient grosse comme un œuf de poule. Le malade marche assez facilement, mais il sent sa jambe droite moins solide et se fatigue rapidement.

Cette tumeur, due à une rupture musculaire, siège dans le droit antérieur de la cuisse; peu appréciable dans l'état de repos du muscle, elle est dure et saillante pendant la contraction musculaire.

Opération le 13 juin. — L'aponévrose de la cuisse n'était pas déchirée. A la partie supérieure du droit antérieur, au niveau de l'insertion des fibres tendineuses, on trouve un noyau sur le tissu fibreux cicatriciel. On excise

la portion musculaire qui contient la cicatrice, longue de 2 centimètres et autour de laquelle on remarque de petits foyers ecchymotiques. Suture musculaire au catgut. Suture aponévrotique. *L'aponévrose a été seulement distendue* sans être rompue, ce qui a permis au muscle de prendre la forme herniaire qu'il affectait avant l'opération. L'aponévrose une fois réunie, la hernie ne fait plus aucune saillie.

Les fils sont enlevés au bout de 12 jours. Le malade sort parfaitement guéri le 5 juillet. Pendant la contraction musculaire, le droit antérieur fait une saillie régulière, quoique un peu plus accusée que du côté opposé.

3^e OBSERVATION. — Il s'agit d'un jeune homme, âgé de 20 ans, exerçant la profession de lithographe, entré le 5 mai 1899, cet individu est chétif en apparence, peu musclé, mais n'a jamais fait aucune maladie et a toujours exercé sa profession, depuis l'âge de 13 ans.

Le 20 janvier, en se levant, il remarque une grosseur à la partie supérieure de la cuisse, et une vive douleur l'empêche de continuer le mouvement d'extension de la jambe pour se mettre debout. Après quelques minutes de massage de la région, il put pourtant se lever.

Depuis il souffre toutes les fois qu'il fait un effort. La tumeur a grossi peu à peu : les douleurs, la gêne qui en résultent, l'ont empêché de travailler et forcé à entrer à l'hôpital.

Il importe de dire que la profession du malade l'oblige à un frottement continu de la jambe et particulièrement de la partie supéro-externe de la cuisse où siège la tumeur,

contre un appareil à lithographie. A cet endroit, la peau est amincie, lisse, dépourvue de poils, qui sont nombreux dans les régions voisines et sur l'autre cuisse.

A l'inspection on remarque une tumeur faisant une saillie, une roussure légère sur la face antéro-externe de la cuisse, à la partie toute supérieure.

Au palper, cette tuméfaction, est nettement fluctuante dans le sens transversal, dure, rénitente dans le sens des fibres musculaires. Quand on fait contracter le muscle, en empêchant cette contraction d'être suivie d'effet, les limites de la tumeur s'accusent beaucoup plus nettement, elle augmente de volume et durcit considérablement.

Opération le 9 mai. Longue incision suivant l'axe de la tumeur, parallèle à celui du membre.

L'aponévrose d'enveloppe du membre est très amincie. Quant à la gaine d'enveloppe du muscle lui-même, elle est comme dissociée par la distension, mais *en aucun point on ne constate de rupture*. Résection du faisceau musculaire hernié qui ne présente ni cicatrice, ni trace d'hématome.

Le muscle est réséqué sur une longueur de 5 centimètres, une largeur de 4 centimètres et une épaisseur de 3 centimètres. Suture au catgut du muscle. Suture de l'aponévrose du muscle. Réunion par première intention.

Au 10^e jour, ablation des fils.

21 jours après le malade sort parfaitement guéri et la tumeur musculaire n'existe plus, quand on fait contracter le muscle.

CONCLUSIONS

I. — La hernie musculaire est une affection que l'on rencontre surtout chez les cavaliers ou chez des individus mettant violemment et habituellement en jeu les mêmes groupes musculaires.

II. — Il faut distinguer la hernie musculaire vraie de la pseudo-hernie musculaire. Le diagnostic différentiel se fait surtout par l'étude du fonctionnement du muscle atteint.

III. — Bien plus fréquemment qu'on ne le dit, on observe non pas une rupture et une déchirure de l'aponévrose mais une distension par élongation des fibres longitudinales, véritable hernie de faiblesse.

IV. — Parmi les nombreuses observations parues sous le titre de hernies musculaires il y a fort peu de hernies vraies. Il s'agit presque toujours de fausse hernie. Cependant il existe quelques observations bien nettes et indiscutables de véritables hernies musculaires.

V. — Le traumatisme est la cause des pseudo-

hernies musculaires mais il peut aussi engendrer à distance, il est vrai, et n'agissant peut être que comme cause prédisposante, une hernie musculaire vraie (observation de Legueu).

VI. — Le traitement chirurgical est le seul à appliquer à ces sortes de tumeurs qu'il s'agisse de vraies ou de pseudo-hernies. Il donne d'ailleurs, avec un manuel opératoire bien réglé, la guérison de cette affection.

Vu :

Vu : Le Président de la Thèse,
Le Doyen, TILLAUX.
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer ;
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.



INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

1. *Sédillot*.—Mémoire sur la rupture musculaire, mém. et prix de la Soc. de méd. de Paris, 1817, p. 155.

2. *Uhde*.—Ruptures sous-cutanées des muscles et des tendons (Arch. für Klin. Chir., 1874, Bd XVI).

3. *Gerster*.—New-York med. Journ., 1878, vol. XXVIII.

4. *Prat*.—Des hernies du jambier antérieur, Thèse de Paris, 1879.

5. *Regeard*.—Des ruptures tendineuses, Thèse de Paris, 1880.

6. *Farabeuf*.—Rapport sur une observation de tumeur musculaire de la cuisse communiquée par M. Larger (Bulletin de la Société de chirurgie, 26 janv. 1881, t. VII, p. 93).

7. *Farabeuf*.—Deux hernies musculaires du droit antérieur de la cuisse par rupture du muscle (pseudo-hernie), Société de chirurgie, 15 juin 1881, p. 373.

8. *Sallefranque*.—De la rupture sous-cutanée du biceps brachial d'origine traumatique, Th. de Paris, 1887.

9. *Charvot et Couillaud*.—Etudes cliniques sur les ruptures musculaires chez les cavaliers, Revue de chirurgie, 1887, p. 448.

10. *Duplay*. — Rupture musculaire, Méd. mod., 15 février 1893.

11. *Choux*. — Cure radicale des hernies musculaires, Revue de Chirurgie, 1893, p. 417.

12. *Hartmann*. — Ibidem., p. 508.

13. *Delorme*. — Remarques sur les ruptures musculaires (Gaz. des hôpitaux, 21 décembre 1893, p. 13, 83).

14. *Michaux*. — Bulletin de la Société de Chirurgie, 1893, t. XIX, p. 712.

15. *Delorme*. — Rupture du grand pectoral, Bulletin de la Soc. de Chirurgie, 28 fév. 1894, p. 198.

16. *Delorme*. — Rupture du moyen adducteur suture (Bul. de la Soc. de Chirurgie, 31 octobre 1894, p. 707).

17. *Faucompré*. — Quelques considérations à propos du traitement des ruptures musculaires, thèse de Lille 1895.

18. *André*. — Hernie musculaire de l'extenseur commun des doigts. Cure radicale, Arch. de Méd. militaire, avril 1895, t. XXX, p. 301.

19. *Reclus*. = Suppuration des ruptures musculaires (5^e Congrès franc. de chirurgie, 3 avril 1895, p. 348).

20. *E. Pagenstecher*. — Deux faits de déchirure du biceps (Berlin, Klin. Wochenschr, n^o 16, 1895; anal. in arch. gén. de méd., p. 219).

21. *Mourlon*. — Recueil de mém. de méd. et de chir. mil.. 1861, 3^e série, t. VI, p. 233.

22. *A. Guinard*. — Des hernies musculaires (Gaz. hebdomadaire, 1888, p. 214).

23. *Nimier*. — Hernie et pseudo-hernie musculaire (Arch. gén. de méd., 7^e série, t. X, p. 285).

24. *Auregean*. — Etude sur les ostéomes muscul. Thèse de Bordeaux, 1891, n° 7.

25. *Sellerbeck*. — Hernie muscul. Cure radicale.

26. *Nimier*. — De la cure radicale des hernies musculaires (*Mercredi méd.*, 20 janvier 1892, n° 3, p. 25).

27. *Gazin*. — Cure radicale d'une hernie du moyen adducteur. *Archiv. de méd. milit.*, avril 1892, p. 310.

28. *Tédenat*. — Lipomes et hernies musculaires (*Montpellier méd.*, 1892, n° 8, p. 148).

29. *Berger*. — Ostéome des cavaliers (*Bulletin de la Soc. de chirurgie*, 1893, p. 758).

30. *Maurange*. — Th. de Paris, 1894.

31. *Michaux*. — Hernie musculaire (*Bull. de la Soc. de chirurgie*, 1894, p. 711 et 759).

